ITEM 171 : ECTOPARASITOSE CUTANÉE

GALE ACARIENNE HUMAINE

Gale humaine = contamination de la peau par un acarien femelle, ***Sarcoptes scabiei***, variété ***hominis***
- Signes cliniques = infestation parasitaire + prurit urticarien contre œufs pondus dans la couche cornée
- Population parasitaire généralement peu importante (10 à 20 femelles), bonne mobilité de 25° à 30°C (plusieurs cm/h), tué très rapidement si > 55°, perte de mobilité < 20°, meurt en 12 à 24h
- Période d'incubation = **5 jours – 1 mois** (↘ en cas de réinfestation), cycle parasitaire = **20 jours**
- Transmission interhumaine par **contacts directs**, **intimes**, **prolongés** (cadre familial, couple (IST)…) → Contagiosité importante : un seul contact peut suffire. Rechercher d'autres IST. Transmission indirecte par les vêtements ou la literie est possible
- Possibles **épidémies en collectivités médicalisés** et foyers de personnes âgées, ou dans les **milieux sociaux défavorisés**

Formes cliniques

Forme typique	- **Prurit diffus, à recrudescence nocturne**, **épargnant le visage**, souvent caractère épidémique - **Lésions cutanées non spécifiques de grattage**, de topographie évocatrice : espaces interdigitaux, face antérieure des poignets, coudes et emmanchures antérieures, ombilic, fesses, face interne des cuisses, OGE chez l'homme, mamelon et aréole mammaire chez la femme, épargnant le dos et le visage - Lésion spécifique : . **Sillons scabieux :** lésions sinueuses de quelques millimètres de long correspondant au trajet de l'acarien femelle dans la couche cornée, chacun contenant des œufs, possible discrète surélévation à l'une des extrémités (**éminence acarienne** = position de l'acarien femelle), retrouvé surtout entre les doigts et à la face antérieure des poignets . **Vésicules perlées** : petites élevures translucides sur une base érythémateuse, ++ espaces interdigitaux . **Nodules scabieux** : papulo-nodule rouges ou violacées, prurigineux, parfois excoriée, surtout dans les régions génitales masculines → Y penser devant tout prurit car formes pauci-lésionnels fréquentes
Gale disséminée inflammatoire	= **Gale profuse** : éruption cutanée profuse et étendue (y compris au dos) - Conséquence d'un diagnostic tardif, d'un déficit immunitaire (notamment VIH) ou de traitement inadapté (corticothérapie), souvent chez la personne âgée, alitée avec troubles des fonctions supérieures
Gale hyper-kératosique (gale norvégienne)	= Aspect particulier : atteinte de tout le corps (y compris du visage, le cuir chevelu et les ongles), voire **érythrodermie** avec **zones hyperkératosiques** - Terrain : immunodéprimé ou sujet âgé en collectivité traité par immunosuppresseurs locaux ou généraux (++ corticothérapie) - **Contagiosité majeure** (prolifération parasitaire intense) - **Prurit** le plus souvent discret, voire absent
« Gens propres »	= Trompeuse car pauci-lésionnelle : à évoquer devant tout prurit diffus persistant
Nourrisson	= Vésiculo-pustules palmoplantaires, nodules scabieux péri-axillaires, atteinte possible du visage
Forme compliquée	- **Surinfection** avec **impétiginisation** des lésions (tout impétigo de l'adulte doit faire rechercher la gale !), dans les PVD cause majeure de RAA et GNA → inscrite sur la liste des maladies tropicales négligées de l'OMS - **Eczématisation secondaire** à la gale ou son traitement - **Nodules post-scabieux** : lésions papulo-nodulaires prurigineuses rouges ou cuivrées, pouvant persister plusieurs semaines, de siège ubiquitaire, d'origine immuno-allergique (**sans sarcopte**)

Diagnostic

- Diagnostic clinique : prurit à renforcement nocturne + familial ou du partenaire sexuel + éruption cutanée
- **Dermoscopie** : aspect caractéristique (« en deltaplane »), guide l'examen parasitologique
- **Mise en évidence de l'acarien difficile** (sauf forme profuse et hyperkératosique) : grattage d'un sillon avec un vaccinostyle avec **prélèvement des œufs et de l'éminence acarienne → microscopie**
- **Hyperéosinophilie modérée** possible, mais pas de signe biologique spécifique

DD	- **Pédiculose corporelle** : prurit généralisé (dont la face postérieure du corps), sujet à l'hygiène très défectueuse, poux retrouvés dans les vêtements - **Gale d'origine animale** : prurit avec lésions excoriées, sans sillon, chez un sujet en contact avec des animaux - Autre cause de prurit : **métabolique** (cholestase, insuffisance rénal…), **lymphome, sécheresse cutanée**… - Dermatite atopique - Prurigo - Dermite de contact - Acarophobie

TTT oral	**Ivermectine** - Prescrit en 1ère intention, surtout lorsqu'il y a un nombre important de personnes à traiter (collectivités) - Dose unique 200 µg/kg - A renouveler 7 à 14 jours plus tard - CI chez l'enfant < 2 ans de moins de 15 kg - **Gale profuse** : associer un traitement local

TTT	TTT local	- **Benzoate de benzyle** : . Application sur tout le corps : 2 applications à 8 jours d'intervalle . Temps d'application : 24 heures si > 2 ans, 6-12 heures < 2 ans . CI chez le nourrisson < 1 mois (neurotoxicité) . Possible chez la femme enceinte ; hors allaitement - **Permétrine**, tube de 30 g : . Application du cou aux orteils : 2 applications à 7 jours d'intervalle si âge > 2 mois . < 1 an : 3,75 g ; 1-5 ans 7,5 g ; 6-12 ans : 15 g ; > 12 ans : 30 g . Temps d'application : 8 à 12 heures . Possible chez la femme enceinte ; hors allaitement
Dispositions		- Information : disparition progressive du prurit en plusieurs jours après le traitement - Traitement du sujet parasité et de toute personne ayant eu un contact intime (partenaire sexuel, famille) - Gale commune à domicile : TT local peut être suffisant, TT PO privilégier si nombre de sujets importants, difficultés d'observance… - **Lavage des vêtements, draps, serviettes à haute température (> 60°) ou enfermé pendant 72 heures dans un sac fermé (survie dépendante de l'humain)**, **décontamination du lieu de vie** si gale profuse. - **Collectivité** : traiter tous les cas contacts (même asymptomatique), voir toutes les personnes vivant ou travaillant dans l'institution, prévention des familles, **éviction scolaire** de l'enfant (3 jours après traitement pour la gale commune et après négativation de l'examen parasitologique et forme profuse et hyperkératosique) - **Gale profuse ou hyperkératosique** : **isolement contact renforcé** (en hospitalisation idéalement), TT PO et local **antibiothérapie** si impétigination, traitement large des sujets contacts - Répétition du traitement : symptômes ou examen parasitologique positif 8 à 15 jour après traitement ou gale profuse (pas les nodules scabieux) ➙ Prurit persistant à 8-15 jours : **échec de traitement, irritation par le traitement, eczématisation** ou **parasitophobie, autre cause de prurit**

PÉDICULOSE

Pédiculose du cuir chevelu		= Infestation du cuir chevelu par le **pou de tête *Pediculus humanus*, var. *capitis*** : enfant d'âge scolaire +++ ou sujet en précarité - **Pou adulte hématophage** : ponte d'œuf par les femelles (10 à 20/jours) à proximité de l'émergence des cheveux, éclosion rapide en 1 semaine ➙ En raison de la pousse des cheveux, une lente située à **> 1 cm** de l'émergence est non viable - **Transmission interhumaine directe** (contact de tête) ou **indirecte** (bonnet, peigne, brosse) mais plus rare…
	SF	- **Prurit** du cuir chevelu diurne et nocturne, diffus ou à prédominance rétro-auriculaire, pouvant s'étendre à la nuque. Lentes visibles à la base des cheveux. - **Lésions de grattage** du cuir chevelu et de la nuque et/ou lésions croûteuses surinfectées (impétigo) - Parfois associée à des **ADP cervicales** ➙ Tout impétigo de la nuque et du cuir chevelu doit faire rechercher une pédiculose
	SC	- Découverte de **poux vivants** (visible à l'œil nu, très mobile) = diagnostic de certitude - Présence de **lentes vivantes** (à < 1 cm de l'émergence du cheveu) = orientation diagnostique : œufs visibles à l'œil nu, collés aux cheveux, ne coulissant pas le long de la tige pilaire, surtout en région rétro-auriculaire
Pédiculose corporelle		= Infestation du corps par le **pou de corps *Pediculus humanus, var. corporis*** : surtout sujet en situation de précarité - Beaucoup plus rare que pédiculose capillaire - Transmission interhumaine directe ou par les vêtements, circule sur le corps puis pond ses œufs sur les vêtements - Responsable de la transmission de maladies infectieuses : **fièvre récurrente cosmopolite, typhus exanthématique**, **fièvre des tranchées** (*Bartonella quintana*, recrudescence récente dans les populations précaires, ++ alcooliques, responsable de septicémies et d'endocardites)
	SF	- **Prurit intense** - **Lésions de grattage** disséminées sur le tronc et la racine des membres, parfois hémorragique ou surinfectée
	SC	- **Découverte de poux sur le corps** au déshabillage ou **sur les vêtements** (coutures surtout) - Leucomélanodermie
Phtiriase		= **Poux de pubis**, ou **morpion** : **ectoparasitose** à ***Phtirius inguinalis*** = **IST** - Adulte accroché aux poils, peu mobile, de la région génitale, près de l'émergence, ponte d'œufs sur la pilosité génitale
	SF	- **Prurit pubien**, **lésions de grattage**, parfois associée à des **ADP inguinales** - Possible atteinte des **régions périanales, axillaires et pectorale**, voire **colonisation des cils**
	SC	- **Poux adulte** : petite tache grise près de l'orifice des poils - **Lentes** peu visible : petite masse arrondie collée au poil

<table>
<tr><td rowspan="6">TTT</td><td colspan="3">- Mauvais effet lenticide → second traitement à 7-10 jours
- Spécialité à base de diméticone ou perméthrine</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Pédiculose du cuir chevelu</td><td>Traitement pédiculicide</td><td>= Solution ou lotion pédiculicide, avec examens de contrôles à J2 et J12
- Application raie par raie, maintenue 12h puis shampoing non traitant, rinçage et peignage soigneux
- Traitement répété à 7-10 jours
- En cas d'échec (poux vivants) :
. A J2 = résistance des poux → changer de traitement
. A J12 = mauvais effet lenticide → nouvelle cure</td></tr>
<tr><td>Techniques physiques</td><td>- Diméticone
- Peignage répété sur cheveux humides avec démêlant
→ Efficacité un peu moindre que les TT insecticides</td></tr>
<tr><td>Traitement systémique</td><td>= En cas d'échec du traitement local (≥ 2 pédiculicides différents)
- Ivermectine (hors AMM) : 400 µg/kg en 1 prise unique (> 2ans, > 15 kg), répétée à 7 jours… mais hors AMM</td></tr>
<tr><td>Mesures associées</td><td>- Décontamination des vêtements et de la literie par lavage au chaud (60°) ± aérosol (A-par®)
- Eviction scolaire non systématique
- Examen des sujets en contact (fratrie, entourage) : traitement seulement si infecté
- Traitement préventif par shampoings : aucun intérêt (pourrait favoriser les résistances)
- Causes d'échec du traitement : incompréhension, négligence, cout (pas de remboursement), ré infestation, durée, quantité de produit et fréquence d'utilisation insuffisantes, forme galénique inappropriée, acquisition de résistances</td></tr>
<tr><td>Autres</td><td colspan="2">- Pédiculose corporelle : décontamination du linge et de la literie généralement suffisante (lavage à 60°C ou conservation dans un sac pendant 7 jours)
- Phtiriase inguinale :
. Perméthrine topique pendant 1 minute puis lavage
. Meilleur traitement = le rasage
. Dépistage d'autres IST et traitement des partenaires</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Cas contact</td><td>Cas contact</td><td colspan="2">Seules les pédiculoses actives justifient un traitement
Primordial de bien examiner les cas contacts
Traitement identique à celui du cas index</td></tr>
<tr><td>Epidémie</td><td colspan="2">Pédiculose du cuir chevelu : en milieu scolaire, dépistage et traitement large des cas de pédiculose active et traitement du longe (couverture de sieste…)
Pédiculose corporelle : en foyer d'hébergement de SDF, dépistage des individus infectés, traitement du linge</td></tr>
</table>